

Persönliche Bedarfsermittlung zur Alters- und Berufsunfähigkeits- absicherung für bevollmächtigte Bezirksschornsteinfeger

Bitte zurück an: angebot@vds-deutschland.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach dem Wegfall der Pflichtversicherung in der Versorgungsanstalt der deutschen Bezirksschornsteinfegermeister zum 31.12.2012 müssen Sie sich nun selbst um die Absicherung Ihrer Rente, eine eventuelle Berufsunfähigkeit sowie die Versorgung ihrer Hinterbliebenen kümmern.

Die nun entstehenden Versorgungslücken werden durch das Versorgungswerk der Dienstleister im Schornsteinfegerhandwerk - VDS - geschlossen. Grundidee ist, das bisherige Leistungsspektrum aus der Gesamtversorgung (Versorgungsanstalt in München und gesetzliche Rentenversicherung) im neuen Versorgungswerk fortzuführen. So wird grundsätzlich eine Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung angeboten. Selbstverständlich können einzelne Rentenbausteine wie z.B. die Hinterbliebenenabsicherung individuell weggelassen werden.

Für ein individuelles Angebot benötigen wir zunächst Ihre Mithilfe. Ein maßgeschneidertes Angebot berücksichtigt Ihre gegenwärtigen Rentenansprüche, Ihre VA-Anwartschaft (Startgutschrift) und möglichst auch Ihren aktuellen Gesundheitszustand. Die folgenden Fragen dienen dazu, Ihre aktuelle Versorgungssituation im Vorfeld zu ermitteln.*

*) Die vertrauliche Behandlung Ihrer Daten ist für uns selbstverständlich. Diese werden lediglich zur Erstellung eines Angebots herangezogen. Für die Richtigkeit der Berechnung können wir keine Gewähr übernehmen.

Je vollständiger Sie das Formular ausfüllen, desto individueller können wir auf Ihre gegenwärtige Situation eingehen und Ihnen hierzu ein entsprechendes Angebot unterbreiten, um Ihre derzeitige Versorgungslücke zu beheben.

Vorname, Name:

_____ geb. am:

Adresse: _____

Email: _____

Ausbildungsbeginn: _____

Rangstichtag: _____

Meisterprüfung: _____

Renteneintrittsalter: _____

Bestelldatum: _____ VA-

Anwartschaftszeit bis 31.12.12: _____ Jahre

Höhe der VA-Anwartschaft zum 31.12.12:

_____ Tel. für Rückfragen: _____

vom: _____

Versicherungsnummer: _____

In dieser Renteninformation haben wir die für Sie vom _____ bis zum _____ gespeicherten Daten und das geltende Rentenrecht berücksichtigt. Ihre Regelaltersrente würde nach Erreichen der Regelaltersgrenze (_____) am _____ beginnen. Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen und gesetzliche Änderungen können sich auf Ihre zu erwartende Rente auswirken. Bitte beachten Sie, dass von der Rente auch Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge sowie gegebenenfalls Steuern zu zahlen sind. Auf der Rückseite finden Sie zudem wichtige Erläuterungen und zusätzliche Informationen.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

Wären Sie heute wegen gesundheitlicher Einschränkungen voll erwerbsgemindert, bekämen Sie von uns eine monatliche Rente von:

Höhe Ihrer künftigen Regelaltersrente

Ihre bislang erreichte Rentenanwartschaft entspräche nach heutigem Stand einer monatlichen Rente von:

Sollten bis zur Regelaltersgrenze Beiträge wie im Durchschnitt der letzten fünf Kalenderjahre gezahlt werden, bekämen Sie ohne Berücksichtigung von Rentenanpassungen von uns eine monatliche Rente von:

Rentenanpassung

Aufgrund zukünftiger Rentenanpassungen kann die errechnete Rente in Höhe von _____ EUR tatsächlich höher ausfallen. Allerdings können auch wir die Entwicklung nicht vorhersehen.

| |
|-----------|
| _____ EUR |
| _____ EUR |
| _____ EUR |

Gesundheitsfragen (bitte ausfüllen ab Jahrgang 1963)

Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 2 Jahren mehr als 14 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?

Ja Nein

Waren Sie in den letzten 3 Jahren wegen Beschwerden oder Krankheiten des Bewegungsapparates, des Herzens, des Kreislaufs, der Psyche* oder wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch**, wegen HIV-Infektion, Krebs, Nieren- und Lebererkrankungen oder wegen einer chronischen Erkrankung (z. B. Diabetes) in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten, Psychologen oder sonstigen nichtärztlichen Heilbehndlern?

Ja Nein

* (z.B. Angst-, Essstörungen, Depressionen, Selbsttötungsversuch)

** (z.B. Alkoholvergiftung, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit)

Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname)

Ort/Datum

Antragsteller (Versicherungsnehmer)/
gesetzlicher Vertreter

Zu versichernde Person/gesetzl. Vertreter

Falls diese Erklärung nicht abgegeben werden kann, ist die Gesundheitserklärung E----0109Z0 erforderlich.

Hinweis:

Um auch bereits bestehende Berufsunfähigkeitsversicherungen mit in Ihr Vorsorgekonzept einbeziehen zu können und damit eventuell überflüssige Absicherungen zu vermeiden, tragen Sie bitte alle bereits vorhandenen Berufsunfähigkeitsversicherungen hier ein.

Bereits bestehende Berufsunfähigkeitsversicherungen

1. Bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherer: _____
 Tarif: _____
 Vertragsabschluss: _____
 Endalter: _____
 BU-Rentenhöhe: _____
 Dynamik -> Leistung: _____ %
 Aktueller Monats-/Jahresbeitrag: _____
 Dynamik -> Beitrag: _____ %

2. Bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherer: _____
 Tarif: _____
 Vertragsabschluss: _____
 Endalter: _____
 BU-Rentenhöhe: _____
 Dynamik -> Leistung: _____ %
 Aktueller Monats-/Jahresbeitrag: _____
 Dynamik -> Beitrag: _____ %

Bitte zurücksenden an:

Fax 0800/88 00 805 oder an

angebot@vds-deutschland.de